RESUMEN DE LA ACTUALIZACIÓN Y COMENTARIO DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE IVOR CUMMINS DEL 8 DE SEPTIEMBRE DE 2020

(vídeo disponible aquí)

INTERESANTÍSIMO Y DOCUMENTADO ANÁLISIS DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS A CARGO DE IVOR CUMMINS, QUE COMPARA Y PONE EN SU JUSTO CONTEXTO GRAN CANTIDAD DE DATOS, Y POR TANTO, HACE QUE LOS DATOS SIRVAN PARA LO QUE DEBERÍAN SERVIR: PARA AYUDAR A ENTENDER LO QUE PASA Y NO PARA ATERRORIZAR A LA GENTE. SE MUESTRA QUE EL COMPORTAMIENTO Y LA MORTALIDAD DE LA EPIDEMIA ATRIBUIDA AL SARS-COV-2 ES EXACTAMENTE IGUAL AL COMPORTAMIENTO Y LA MORTALIDAD DE LAS GRIPES ESTACIONALES DE TODA LA VIDA. SE RAZONA POR QUÉ EL EXCESO DE MORTALIDAD POR COVID REGISTRADO EN ALGUNOS PAÍSES HA DE ATRIBUIRSE NO AL COVID, SINO A LAS GRIPES ESTACIONALES PARTICULARMENTE BENIGNAS DE AÑOS ANTERIORES. SE ANALIZA LA INFLUENCIA DECISIVA DE LOS FACTORES GEOGRÁFICOS Y ESTACIONALES EN EL COMPORTAMIENTO DE LA EPIDEMIA. SE ANALIZA LA HISTERIA DESATADA EN TORNO A LOS TESTS PCR Y LOS “CASOS POSITIVOS”, Y SE DENUNCIAN RAZONADAMENTE LOS EFECTOS SUMAMENTE NEGATIVOS SOBRE LA SALUD DE LA GENTE DE LAS MEDIDAS DE CONFINAMIENTO, ASÍ COMO LA INUTILIDAD DE OTRAS MEDIDAS COACTIVAS COMO EL USO OBLIGATORIO DE MASCARILLAS.

—Las curvas de mortalidad por COVID (expresada como tasa de muertos por millón de habitantes) de los principales países europeos muestran todas una forma muy semejante, por no decir idéntica, a la curva de mortalidad de las epidemias de gripe estacional. En todos los países europeos puede decirse, además, que la epidemia de COVID terminó entre finales de mayo y principios de junio. Desde entonces, las tasas de mortalidad han caído hasta a aproximarse a cero: es exactamente el comportamiento de todas las epidemias de gripe estacional.

—0’40’’: La curva media de mortalidad por COVID para el continente europeo en su conjunto muestra también esta misma forma, a pesar de que algunos países han tenido una menor incidencia de la enfermedad (más adelante se comentará este dato). Estas figuras confirman la hipótesis del prof. Michael Leavitt, para quien, en las regiones templadas del hemisferio norte, como Europa o la región nororiental de Norteamérica, la epidemia de COVID se ajusta, como todas las infecciones respiratorias tipo gripe, a la función o curva de Gompertz. Cuando aparece un nuevo virus respiratorio, afecta rápidamente a alrededor de un 20% de la población, lo que significa que el 80% restante goza de algún tipo de inmunidad, inmunidad cruzada o inmunidad de las mucosas, por exposición previa a otros coronavirus, pues los virus que pertenecen a la gran familia de los coronavirus presentan todos una gran semejanza con este SARS-COV-2. No obstante, en torno a un 20% de la población (una de cada cinco personas) tiene una inmunidad debilitada y contrae la enfermedad. Y dentro de este 20% se cuentan aquellas personas que acabarán muriendo por la infección. Ahora bien, una vez que el virus ha infectado a estas personas más susceptibles, el virus se topa por todas partes con el 80% restante, esto es, con personas inmunes, y es entonces cuando se produce el punto de inflexión que refleja la curva y empieza el acusado y rápido descenso. **Es la evolución normal de todas las epidemias de gripe estacional.**

—2’20’’: nos fijamos ahora en los datos de exceso de mortalidad por todas las causas durante las temporadas de infección respiratoria para toda Europa (unos 360 millones de personas) de los dos últimos años, según los datos del servicio EuroMoMo. El dato de exceso de mortalidad es muy importante, porque los datos de “casos” o “infectados” es muy variable:

depende de la cantidad y la calidad de las pruebas de detección que se hagan, y es un dato "muy escandaloso" o "estridente". Así que el número de muertes es la mejor medida de que disponemos. Pues bien, **si integramos o sumamos el exceso de mortalidad por todas las causas durante la temporada de gripe de 2018 obtenemos un exceso total de unas 140.000 personas** (20.000 entre 15 y 64 años y 120.000 por encima de los 65).

—3'15'': Si ahora hacemos esta misma operación para la temporada de gripe de 2020, lo primero que hay que señalar (y esto es muy importante) es que **durante todo 2019, y hasta los primeros meses de 2020, la gripe estacional fue particularmente benigna,** lo que significa que durante esos meses se fue acumulando un gran número de personas que, de haber habido una gripe estacional algo más severa durante 2019, no habrían llegado a la temporada de gripe de 2020: habrían fallecido antes. Es decir, que cuando el COVID empezó a extenderse a principios de 2020, había un contingente de población susceptible de contraer la enfermedad y de morir debido a patologías previas (lo que en el vídeo se denomina población "yesca" o "*dry tinder*"). **Si se suma el exceso de mortalidad por todas las causas para Europa durante la temporada de gripe de 2020, se obtiene un exceso total de unas 180.000 personas** (unas 13.000 en el grupo de edad de entre 15 y 64 años y unas 167.000 entre mayores de 65), cifra que no supone una gran diferencia con respecto a las 140.000 de 2018 (téngase en cuenta que la población total de referencia es de 360 *millones* de personas) y que, de hecho, representa un impacto menor del que tuvo la gripe estacional del año 2000. La verdadera diferencia es que el pico de mortalidad por coronavirus se ha producido en 2020 de manera muy rápida y muy abrupta, debido en gran medida a la benigna temporada de gripe de 2019 y al gran contingente de población susceptible de fallecer que se había acumulado. Es decir, que **estos excesos de mortalidad han tenido lugar en seis semanas, en lugar de repartirse a lo largo de los cuatro o cinco meses que son habituales en una temporada de gripe normal.**

—4'47'': la histeria desatada por el nuevo COVID se debió en gran medida a los modelos epidemiológicos (del Imperial College y otros) que se utilizaron en un primer momento, que predecían mortalidades absolutamente catastróficas. Así, por ejemplo, las muertes estimadas para Suecia fueron entre 10 y 15 veces más altas que las cifras que realmente se han dado. Y eso en Suecia, un país donde no se aplicaron medidas de confinamiento ni cierre de escuelas o comercios, ni se impuso la mascarilla obligatoria, y donde además se permitieron las reuniones de hasta 50 personas. La curva epidémica siguió, también en Suecia, la forma típica de Gompertz. Y cuando llegó el verano y se levantaron las escasas restricciones que se habían impuesto no hubo un incremento de casos, cosa que puede atribuirse al hecho de que para entonces la inmnuidad comunitaria había alcanzado un nivel suficiente, que es lo que suele pasar con todas las epidemias de gripe estacional.

—6'41'': otro dato interesante del caso sueco es que, de las 6.685 muertes atribuidas oficialmente al COVID, únicamente 872 fueron causadas directamente por COVID, esto es: sólo hubo 872 fallecidos que no presentaran una o varias patologías previas. Además, la edad media de los fallecidos estaba muy por encima de los 70 años, y la mayoría de ellos vivían en residencias de ancianos. Pues bien, si se traza la curva de mortalidad que dibujan los 872 fallecidos sin patologías previas, la curva es muchísimo más suave, muchísimo más plana que la curva habitual de epidemia de COVID que venimos describiendo (7'00'').

—7’17’’: otra lectura interesante del caso sueco. Alguien se ha molestado en sacar las tasas mensuales de mortalidad (muertes por millón de habitantes, esto es, corregidas según el tamaño de la población) del último siglo y medio y en representarlas en una gráfica. Se puede ver entonces **un pico enorme en torno a 1920** (7’38’’), que corresponde a la mortalidad producida por la gripe española de 1918, acontecimiento que se da una vez cada siglo o cada varios siglos. Si ahora se sigue avanzando hacia la derecha de la gráfica y nos preguntamos dónde está **el pico producido por el SARS-COV-2**, vemos que la mortalidad producida por, o atribuida a esa causa **es indistiguible de la evolución normal de la mortalidad del país** (8’00’’). Es decir, no ha ocurrido nada esencialmente distinto de lo que ha ocurrido en los meses en que se desenvuelve la gripe estacional de los diez o veinte años anteriores. Esto debería servir para poner los datos en su contexto: el contexto en el que sirven para entender lo que pasa y no para aterrorizar a la gente.

—8’18’’: nos preguntamos ahora por qué Suecia ha tenido una mortalidad mayor que otros países, en particular otros países nórdicos como Noruega. Se puede consultar la página mortality.org y comparar la evolución entre distintos países. Vemos, por ejemplo, que en 2019 Holanda tuvo una gripe estacional especialmente benigna (8’35’’): su gráfica muestra un seno o depresión muy acusado en el número de muertes registradas frente a esperadas en 2019, depresión que se transforma en un pico muy acusado de muertes (atribuidas a SARS-COV-2) en los primeros meses de 2020. Y es lógico, pues muchos de los ancianos y personas de salud frágil que habrían muerto con una gripe estacional más severa habían sobrevivido a la gripe de 2019 y eran especialmente propensos a enfermar en 2020. Lo mismo ocurre en el caso de Gran Bretaña (9’01’’), en el caso de España (9’06’’) y otro buen número de países europeos. Suecia (9’12’’) presenta esa misma acusada depresión o seno en el número de muertes registradas en los meses de gripe de 2019: unas 4.000 menos de la media esperada, que explican prácticamente la totalidad del exceso registrado unos meses después, durante la epidemia atribuida al SARS-COV-2 en los primeros meses de 2020. Si comparamos (9’29’’) el caso sueco con el de otros países nórdicos que sí aplicaron medidas de confinamiento hay que empezar por preguntarse si tienen unos datos de mortalidad distintos a los de Suecia. Y la respuesta es que sí, tanto en los años previos como durante la epidemia de COVID de 2020. Es decir, en 2020 no han registrado un exceso de mortalidad atribuible al SARS-COV-2, mientras que tuvieron una mortalidad superior a la esperada durante 2019. En efecto, la mortalidad en estos países durante los meses de gripe de 2019 fue mucho mayor que la de Suecia, es decir: tuvieron tasas de mortalidad normales, o no tan bajas como en el caso sueco (gráficas de Finlandia y Noruega, min. 9’49’’). Se puede concluir, pues, que **el factor principal a la hora de explicar las diferencias de mortalidad por COVID entre países no son las medidas de confinamiento, distancia social o uso obligatorio de mascarilla, sino la menor o mayor mortalidad en los años anteriores a la temporada de gripe de 2020.** Es lo que indica también, y fehacientemente, el caso de Hungría (10’06’’), que tiene unas tasas de mortalidad muy superiores a la media en 2018 y 2019 y no ha tenido exceso de mortalidad, sino más bien lo contrario, durante la temporada de COVID en 2020, lo cual es coherente con lo que se viene diciendo.

—10’18’’: David Spiegelhalter analiza los efectos del COVID en distintos países (medido en número de muertos por cada 100.000 habitantes) en función de la severidad de la temporada de gripe previa, y los resultados confirman los análisis anteriores. La gráfica que ha elaborado muesta que **aquellos países que tuvieron una gripe más dura en los años previos han tenido mortalidades más bajas durante 2020 (Noruega, Hungría, Polonia, etc.) y a la inversa: aquellos países que tuvieron temporadas de gripe suaves o muy suaves en los**

años previos, han tenido mortalidades mucho más altas en 2020 (España, Gran Bretaña, Italia, Francia, Bélgica, etc.).

—10'49'': También se cita un artículo que enumera, por orden de importancia, 16 posibles factores que explican la mayor tasa de mortalidad de Suecia entre los países nórdicos. El último de todos ellos es la ausencia de medidas de confinamiento en el caso sueco. El primer factor es la población vulnerable acumulada durante las benignas temporadas de gripe en los años anteriores (factor "dry tinder", "yesca" o "leña seca") que, según los autores del artículo, podría explicar hasta el 50% del número total de muertes atribuidas al COVID (si bien el comentarista considera que este factor explica un porcentaje aún mayor del número total de muertos).

—11'25'': Carl Heneghan, profesor de medicina basada en pruebas de la Universidad de Oxford, hace el siguiente razonamiento: en Reino Unido hay casi 50.000 pubs, que durante muchas semanas han estado abiertos sin obligación de usar mascarilla ni guardar distancias de seguridad. Pongamos que a lo largo de una semana entran en cada uno de ellos mil personas. En seis semanas serán 300 millones de personas. ¿Cuátos brotes tendría que haber habido en tales condiciones? Pues bien, si se observa (12'03'') la curva de mortalidad por COVID de Reino Unido a partir del día 29 de junio, que fue la fecha en que se permitió la apertura de pubs y la entrada si mascarilla, esto es, a lo largo de más de dos meses (contando hasta el 8 de septiembre), se ve (12'18'') que no sólo no hay pico de mortalidad alguno, sino que la curva no ha dejado de bajar. Y ello es así porque **esta epidemia** responde a la misma función, esto es, **tiene el mismo comportamiento que una epidemia normal de gripe estacional. Las gravosas medidas con que, por primera vez en la historia, se ha querido alterar el comportamiento de la enfermedad han demostrado ser completamente inútiles.** Los propietarios de pubs de Irlanda están en su derecho de preguntarse por qué demonios les han obligado a cerrar sus establecimientos durante todos estos meses.

—13'21'': análisis del **caso de Estados Unidos** a partir del muy elaborado trabajo estadístico de Baizuo Greengrove, quien ha extraído la serie histórica de mortalidad estacional por gripe en Estados Unidos y ha comparado la mortalidad por COVID con gripes anteriores especialmente severas, como las de 1942, 1957, 1959, 1968 o 1969. Lo más destacable es que **las curvas de todas las gripes previas presentan la misma forma de "doble joroba"** (cuyo significado se va a explicar un poco más adelante). Pues bien, **la curva de la epidemia atribuida al SARS-COV-2 no sólo tiene esa misma forma (13'45''), sino que refleja una mortalidad menor que esas otras gripes estacionales**, sin que a nadie se le ocurriera jamás confinar a la población en gripes estacionales con mortalidades más severas.

—13'54'': otro dato interesante es el que se deduce de la gráfica situada en la esquina inferior izquierda. Las líneas rojas describen el comportamiento de la gripe y las infecciones respiratorias a lo largo de las 52 semanas de cada año en Estados Unido. Si se incorpora a la gráfica la curva de la gripe de este año 2020, en el que ha habido confinamiento generalizado de poblaciones y uso obligatorio de mascarilla, se ve que esa ha sido la única diferencia con respecto a años anteriores, pues el número de muertes atribuibles a la gripe y a infecciones respiratorias es exactamente el mismo que otros años. Lo que quiere decir que **los confinamientos y las mascarillas no han tenido efecto alguno en la transmisión y en los efectos de la gripe y las infecciones respiratorias, cuya curva ha sido exactamente igual que la de otros años.**

—15'00'': se presenta una tabla que sitetiza los argumentos en contra de la eficacia del confinamiento de población para modificar la curva epidémica. El comentarista se limita a destacar que **millones de trabajadores de supermercados y de sectores productivos esenciales de Europa y Estados Unidos siguieron trabajando, sin confinamiento y en muchos casos sin mascarilla, y no hay ningún indicador que muestre mayores tasas de infección o de mortalidad entre ellos.** Por lo demás, en los países en los que se levantaron, de finales de abril en adelante, las medidas de confinamiento, la curva de mortalidad no ha hecho más que bajar, esto es, seguir su comportamiento natural. Es decir: lo que **los datos muestran es que los confinamientos no han servido para nada, por más que se quiera creer lo contrario.** Aunque poco a poco se va reconociendo, incluso en algunos medios de comunicación mayoritarios, **que el encierro de la gente ha sido un funesto error que ha causado y va a causar muchas más muertes de las que supuestamente iba a evitar.** Aquí se recogen unos cuantos artículos en los que se analizan estos efectos del confinamiento.

—16'30'': en cuanto a la cuestión del uso obligatorio de mascarilla, se cita y se comenta un artículo ("Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings—Personal Protective and Environmental Measures", a cargo de Jingyi Xiao y otros) que analiza los datos sobre la posible eficacia de las medidas no farmacológicas de protección frente a la gripe y que concluye que **no hay pruebas que respalden el uso generalizado de mascarillas**. Durante cuarenta años, la ciencia ha sido unánime en su dictamen: las mascarillas no sirven para impedir el contagio de infecciones respiratorias y pueden tener incluso efectos negativos sobre la salud. Sin embargo, en junio de 2020 este dictamen cambia repentinamente y, haciendo caso omiso de los estudios que se han ido acumulando sobre la cuestión a lo largo de cuatro décadas, los que deciden sobre la manera en que tiene que vivir la gente deciden que hay que todo el mundo tiene que llevar mascarilla. Ahora bien, si se atiende (17'26'') a la evolución de las curvas de mortalidad de los distintos países, se ve claramente que **la entrada en vigor de la obligación de llevar mascarilla no supone un cambio en la tendencia de dichas curvas. En algunos casos, incluso, es compatible con un aumento de las muertes** (Austria, 17'35'', o Polonia, 17'41'') **[o con un incremento generalizado de los casos positivos por test PCR, como es el caso de España,].** Así pues, la imposición del uso de mascarillas no tiene ningún efecto cuantificable en la evolución de la epidemia, por lo que las medidas coactivo-represivas derivadas de aquella imposición (multas, detenciones, palizas…) carecen, además, de la justificación científica que pretenden tener.

—18'55'': se ataca ahora la cuestión de la estacionalidad de la epidemia. Se sabe desde hace mucho que **los coronavirus** (que causan un porcentaje bastante elevado de los catarros y resfriados comunes) **son, al igual que el virus de la gripe, sumamente estacionales** (19'04''), por más que, en los últimos meses, se hayan empeñado en afirmar lo contrario. Dicho esto, se van a comparar (19'11'') las muy distintas curvas de mortalidad por COVID de Italia, por un lado, y Brasil y Perú, por otro. **Italia** tuvo un rapidísimo crecimiento del número de muertos durante los meses de marzo y abril, incremento que no se vio frenado por las severas medidas de confinamiento aplicadas en el país, seguido de un descenso igualmente rápido, y para finales de mayo o principios de junio la epidemia había terminado. Por contra, tanto **Brasil** como **Perú** presentan un crecimiento mucho menos acusado y más prolongado en el tiempo. En Brasil, como se sabe, no hubo confinamiento, mientras que Perú decretó severas medidas de confinamiento, y sin embargo presenta datos de mortalidad por millón de habitantes peores que los de Brasil. No obstante, hay otro aspecto interesante en estas curvas. Gracias al análisis de muestras de aguas fecales, se sabe que el virus del SARS-COV-2 circulaba en Brasil (igual que en España y otros países de Europa) ya en noviembre de 2019. La forma

tan diferente que adoptan las curvas en uno y otro país (o mejor, en una u otra región del mundo) nos está diciendo que **la transmisión del virus y la evolución de la epidemia depende de multitud de factores (como la humedad, la temperatura, la incidencia de rayos ultravioleta...) de carácter estacional, así como de la inmunidad comunitaria,** pero en ningún caso de esas medidas "medievales" que se han decretado de manera generalizada, por primera vez en la historia, para intentar frenar la epidemia.

—Para ampliar esta cuestión de la estacionalidad del virus de la gripe y del diferente comportamiento de la epidemia según los hemisferios o regiones climáticas se remite al libro de R. Edgar Hope-Simpson *The Transmission of Epidemic Influenza* (puede descargarse aquí). Lo principal es que **en las regiones meridionales y tropicales la gripe epidémica se desencadena y evoluciona de manera completamente distinta a como lo hace en regiones septentrionales templadas.** Así, si se comparan (21'15'') las curvas de mortalidad por COVID de Italia, Brasil y Perú con los patrones de evolución de la gripe estudiados por Hope-Simpson, se ve que efectivamente coinciden. **El diferente comportamiento de las curvas entre regiones o hemisferios se explica, pues, por la estacionalidad y las condiciones climáticas que afectan a las infecciones respiratorias, no por la aplicación o no de confinamientos y otras medidas coactivas.**

—21'56'': sabiendo lo cual, puede explicarse el distinto comportamiento de la epidemia COVID en Europa y Estados Unidos, país en el que, desde principios de junio, los datos indican que se está viviendo una suerte de repunte, lo que mucha gente denomina, equivocadamente, una "segunda ola". No es una "segunda ola". Si Estados Unidos fuera sólo el nordeste del país, que, en términos de estacionalidad, presenta los mismos rasgos que Europa, su curva de mortalidad por COVID sería exactamente igual que la de Europa (22'20') y la epidemia podría darse por terminada desde finales de junio. Sin embargo, la segunda parte de la curva (22'29'') corresponde a la evolución de la epidemia en el sur y el oeste de Estados Unidos y da lugar, a partir del mes de julio, a esa curva en "doble joroba" que, como hemos visto más arriba, es típica de todas las epidemias de gripe en Estados Unidos. Así que esta curva es completamente normal.

—22'49'': se analizan con algo más de detalle las curvas de mortalidad por COVID de las distintas regiones de Estados Unidos, que pueden clasificarse en regiones septentrionales templadas similares a Europa y regiones meridionales desérticas o subtropicales, de comportamiento similar a México. En las primeras (Nueva York, Medio Oeste) vemos las típicas curvas de Gompertz que hemos visto en los casos de Italia, España o Gran Bretaña. Para las segundas (sur y suroeste del país) nos encontramos con curvas de mortalidad mucho menos acusada y un desarrollo mucho más tardío y más prolongado en el tiempo, similares a las de Brasil o Perú.

—24'12'': se aborda la **histeria de los casos positivos** que se ha extendido por numerosos países, por ejemplo España, en los últimos tres meses, a pesar de que la epidemia se puede dar por concluida en toda Europa desde principios de julio como muy tarde. **El motivo: el disparatado exceso de pruebas PCR que se están haciendo** en estos países. Si se siguen haciendo pruebas PCR, y en número cada vez mayor, a pesar de que los datos de mortalidad indican que la epidemia ha terminado, por fuerza se van a encontrar fragmentos de material genético de origen vírico en personas contagiadas meses atrás que, o bien no han desarrollado la enfermedad, o bien se han recuperado perfectamente. También se encontrarán algunos casos positivos, pero sin relevancia epidemiológica alguna. Se trata de una "casodemia", no de

una epidemia. Y sin embargo, esta histeria de los casos (casos que no desarrollan síntomas ni requieren hospitalización) está sirviendo para justificar medidas draconianas de control de la población (mascarilla obligatoria, confinamientos selectivos, pruebas PCR, medidas de protección delirantes en centros educativos, suspensión de derechos fundamentales, etc.). (A propósito de los tests PCR, se remite [min. 25'12''] a otro artículo del prof. Carl Heneghan que explica los problemas que presentan los test PCR y que puede leerse aquí). Si acudimos a los datos de los distintos países y comparamos las tasas de mortalidad con las tasas de casos positivos por PCR, vemos en todos los casos el mismo patrón: una acusada curva de Gompertz tanto para la mortalidad como para la tasa de casos positivos durante los meses de marzo y abril que declina rápidamente a partir del mes de mayo. Y a continuación, conforme empieza a incrementarse exponencialmente el número de tests PCR, un rápido incremento de "casos positivos" que, sin embargo, no viene acompañado de ningún incremento apreciable de mortalidad. Se muestran los datos de distintos países europeos, y en todos se repite el mismo patrón, la misma relación entre **altos niveles de falsos positivos por PCR y escasa o nula mortalidad por COVID.** Así, los casos de Irlanda (25'52''), Reino Unido (26'42''), Alemania, Suiza (27'08''), España* (27'24''), Holanda (28'03''), Francia (28'06'') y Estados Unidos (28'16''), donde el aumento de casos positivos viene acompañado de un repunte en la mortalidad, pero por el motivo ya comentado: que en una parte del país rige la estacionalidad y las condiciones epidémicas propias de regiones meridionales y subtropicales.

—28'36'': no es la primera vez que vivimos una "casodemia" (una histeria de tests y falsos positivos) como esta. Cuando finalizó la epidemia de gripe porcina o del virus H1N1 del invierno de 2008-2009, las autoridades norteamericanas lanzaron un test PCR llamado "Flu Chip" y se pusieron a hacer pruebas diagnósticas como locos durante todo el verano de 2009, y nuevamente en el otoño de ese mismo año. El número de casos positivos se disparó en ambas ocasiones y los medios de comunicación armaron un jaleo tremendo, sin que hubiera un solo muerto por esta enfermedad en aquellos meses de verano y de otoño (29'10''). Todo el que tenía que morir murió en la fase epidémica (invierno de 2008-2009), como suele ser el caso en toda gripe estacional. El gráfico que aparece a continuación (min. 29'47''), que compara los aumentos estacionales de mortalidad en Reino Unido por infecciones respiratorias tipo gripe y las tasas de positividad por test PCR, permite ver que la altísima tasa de casos positivos detectada en el verano de 2010 no sólo no se corresponde con ningún aumento de la mortalidad, sino que coincide con el menor exceso de mortalidad de los veinte años anteriores. También se remite a un artículo publicado en el semanario alemán *Der Spiegel* el 12 de marzo de 2010, titulado "El pánico de la gripe porcina de 2009. Reconstrucción de una histeria colectiva", que explica la génesis de aquella histeria de tests y falsos positivos (puede leerse aquí).

—29'28'': pero el caso de la gripe porcina o H1N1 de 2008-2009 es interesante además porque durante el verano de 2009 no hubo ni confinamiento ni mascarilla obligatoria en ningún país, y eso pudo contribuir a que la siguiente temporada de gripe, la de 2009-2010,

---

* Se asegura que en España estaríamos asistiendo al inicio de una "segunda ola" epidémica. Es cierto que, a diferencia del resto de países mencionados en este punto, en España está habiendo un ligero repunte de la mortalidad, que puede, sin embargo, atribuirse sin más, como se explicará un poco más abajo, al inicio de una nueva temporada de gripe, así como a la defectuosa inmunidad comunitaria, malograda por el severísimo confinamiento padecido entre marzo y junio en este país, gripe estacional que, se confunda o no con el COVID, seguramente irá a más en los próximos meses. Pero, en todo caso, este ligerísimo aumento de la mortalidad (alrededor de un muerto por millón de habitantes al día hasta el pasado 8 de septiembre) nada tiene que ver con las tasas de mortalidad del período epidémico y menos aún con las disparatadas cifras de falsos positivos por PCR.

fuera especialmente benigna, ya que la inmunidad comunitaria pudo reforzarse de manera natural durante los meses previos de verano.

—Se trata por último la **cuestión de la supuesta “segunda ola” epidémica en España**. Lo primero que se señala (30’38’’) es que el comportamiento normal de las gripes estacionales incluye siempre un descenso muy acusado durante los meses de verano, con tasas de mortalidad cercanas a cero. Pero ya desde finales de agosto, como muestra la gráfica, el número de casos de gripe empieza a crecer, y sigue haciéndolo de manera más rápida conforme nos vamos adentrando en los meses de otoño. Eso es lo que pasa cada año con las gripes estacionales y es exactamente lo que está pasando con los casos COVID. Si ahora se atiende a la curva de mortalidad COVID de España (31’15’’), vemos un rápido y abrupto pico de 800-900 muertes diarias en marzo-abril y un posterior e igualmente pronunciado descenso de la curva hasta el fin de la epidemia a finales de mayo. A continuación, durante los meses de verano, la mortalidad es prácticamente nula (sin que ello haya supuesto el levantamiento de las medidas coactivas y represivas contra la gente). Pero al llegar al mes de agosto, efectivamente, empieza a constatarse un ligero repunte de la mortalidad. Y aun teniendo en cuenta que parte de esa mortalidad será atribuida al COVID aunque sea debida a otras patologías, hay, en efecto, un aumento de la mortalidad. Ahora bien: en ningún caso puede hablarse de “segunda ola” epidémica, que iría contra la pauta de estacionalidad que rige el comportamiento de los coronavirus y que tendría una forma muy distinta a la que se está registrando: la forma que puede verse en el min. 32’01’’ del vídeo, esto es, otro abrupto y rápido pico de mortalidad, análogo al que se produjo en los meses de marzo y abril. Por contra, si recuperamos la curva interanual del servicio EuroMoMo para España (31’17’’), la misma que se analizaba al principio del vídeo, y tomamos, por ejemplo, la curva de exceso de mortalidad de 2017 y la proyectamos para los próximos meses (octubre’2020-marzo’2021), vemos que la evolución de la mortalidad que se viene apuntando desde el mes de agosto podría encajar perfectamente con la curva o patrón histórico de la gripe estacional (32’45’’), y no debería hablarse en ningún caso de “segunda ola”.

—33’33’’: No obstante, habrá una diferencia muy importante con otros años y otras gripes estacionales en términos de exceso de mortalidad: que es que las medidas de confinamiento van a provocar un mayor número de muertes por cáncer y otras patologías (debido a diagnósticos tardíos), por malnutrición, por sedentarismo, por suicidio o por sufrimiento psíquico (consecuencia de la aguda crisis económica desencadenada por las medidas de confinamiento). Pero además, **por primera vez en la historia, se ha impedido el reforzamiento natural del sistema inmunitario de la población durante los meses de verano**, la época en que los virus pueden circular con muy baja mortalidad y se pueden multiplicar las células T y reforzar las mucosas y la inmunidad comunitaria, todo lo cual es una forma de proteger a la población vulnerable (ancianos, enfermos) de cara al siguiente invierno. Pero, dado que todo este proceso se ha visto perturbado por las medidas de excepción adoptadas por los gobiernos, **es razonable conjeturar que vamos a tener peores datos de exceso de mortalidad en los próximos meses**. No dejaría de ser una cruenta ironía que, lo que podría haber sido un invierno relativamente suave, en términos de mortalidad, se convierta en un invierno malo o muy malo precisamente por haberse impedido el normal desarrollo de la inmunidad comunitaria durante los meses de verano. ¿A quién se le van a atribuir esos previsibles muertos de más? ¿Al puto COVID o a los que han decidido no dejarnos vivir ni respirar en nombre del puto COVID?

[Resumen y traducción: Emilio].